

Des adénites géniennes infectieuses : thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier le 9 février 1906 / par Vélú Despotoff.

Contributors

Despotoff, Vélú, 1881-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. Gust. Firmin, Montane et Sicardi, 1906.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/mf8p2jch>

Provider

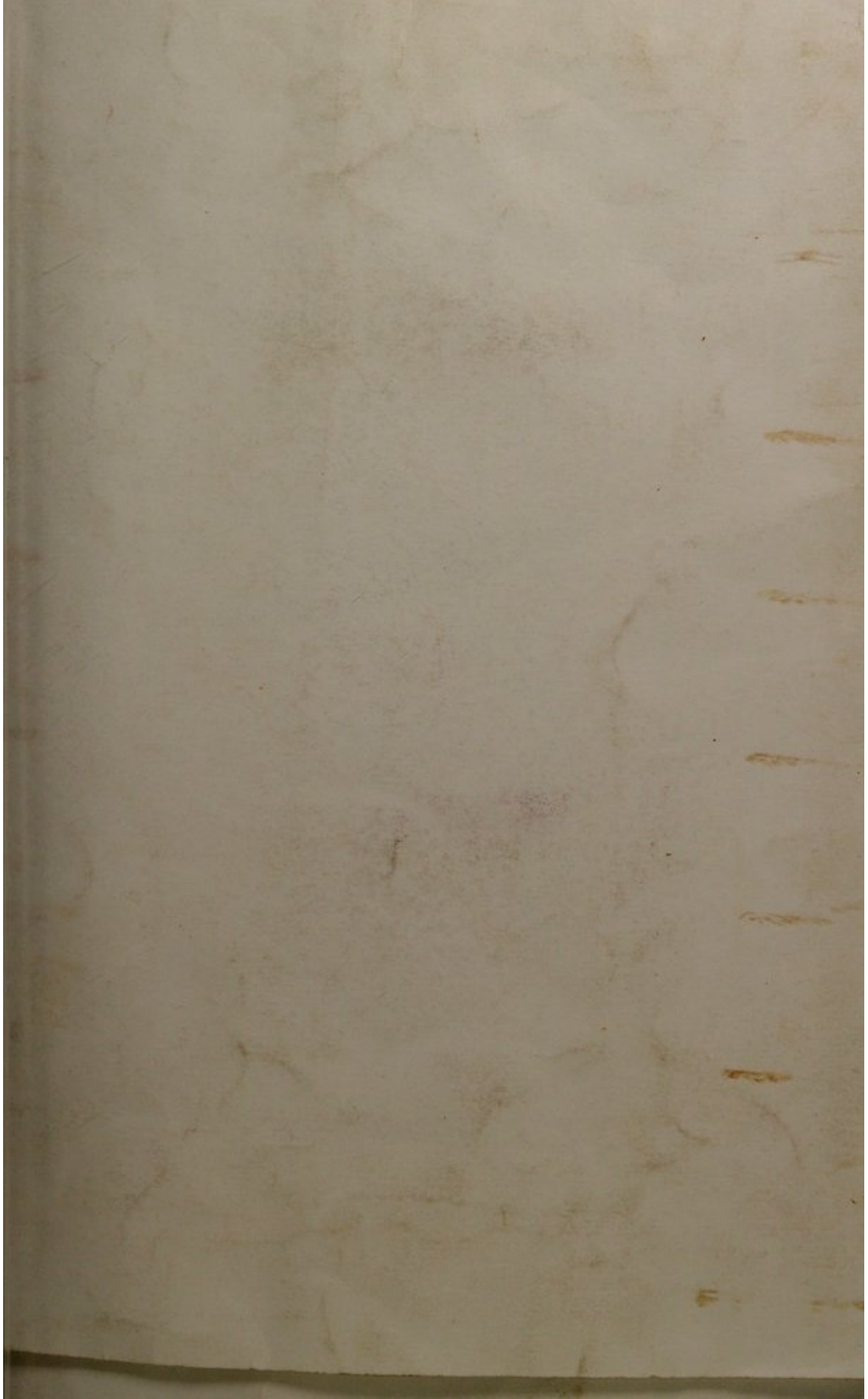
Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. DE ROUVILLE	MM. VEDEL	MM. SOUBEIRAN
GALAVIELLE	JEANBRAU	GUERIN
RAYMOND	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT <i>président</i> .	JEANBRAU, <i>agrégé</i> .
GILIS, <i>professeur</i> .	SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer ce modeste travail qui marque la fin de nos études, il nous est impossible de ne pas ressentir une certaine émotion et une certaine tristesse. C'est la vie d'étudiant qui se termine, probablement la meilleure, et une autre commence pour nous pleine d'incertitudes, de difficultés et de méprises.

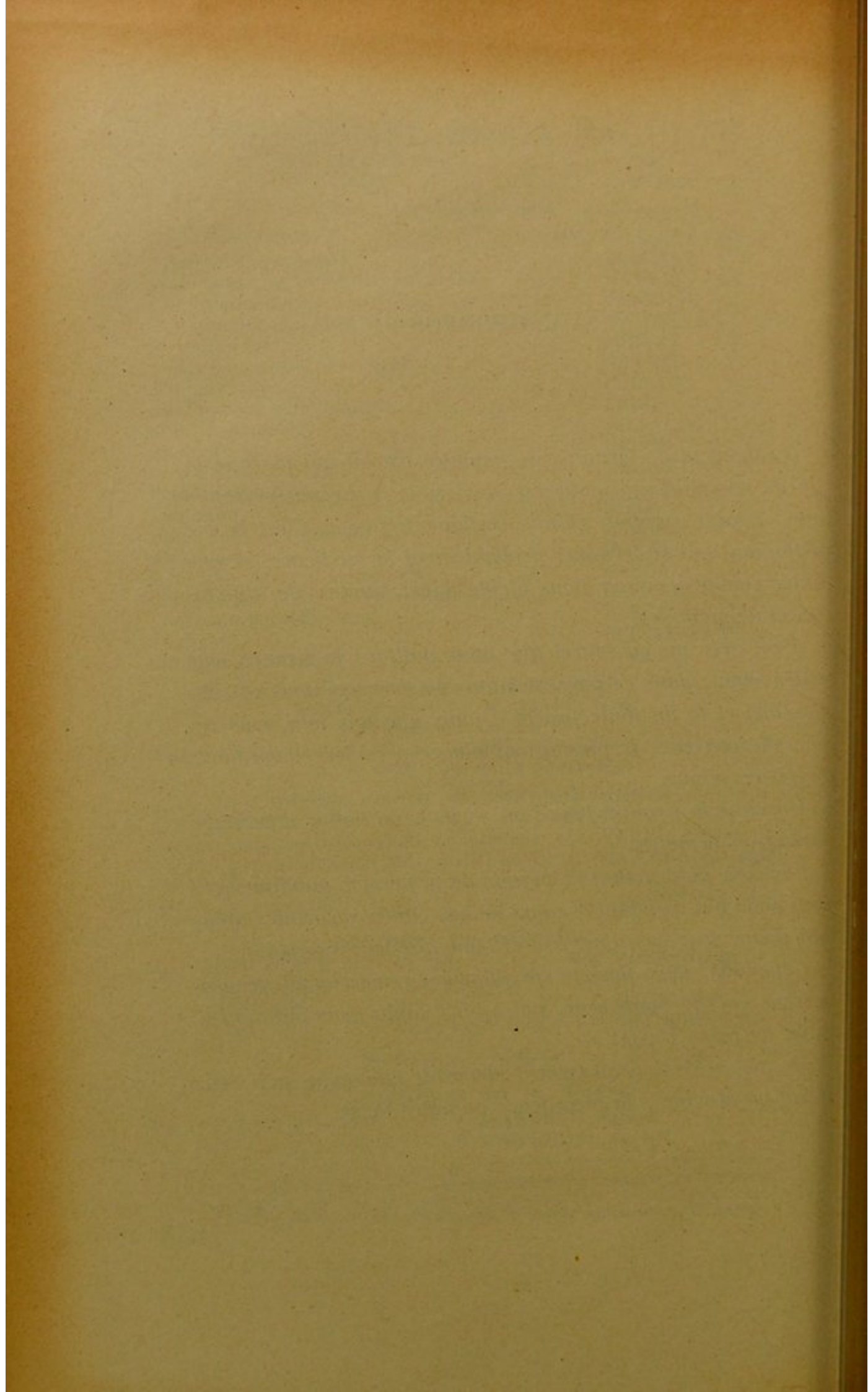
C'est avec un vif regret que nous quittons la France, car notre séjour dans ce pays où nous laissons nos amis est impossible et la fin toute proche ; mais une fois loin nous rechercherons avec le plus grand plaisir à revivre dans notre esprit ce séjour.

On aime la France quand on y vient, on l'aime davantage quand on la quitte.

Ceci dit, qu'il nous soit permis de remercier publiquement tous ceux qui, pendant le cours de nos études médicales, nous ont donné leur enseignement et témoigné leur sympathie.

Cependant nous devons spécialement remercier M. le professeur agrégé Soubeyran, qui a bien voulu nous indiquer le sujet de notre travail.

De même M. le professeur Tédénal de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



ADÉNITES GÉNIENNES

INFECTIEUSES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant d'aborder notre sujet, il nous paraît intéressant d'exposer sommairement comment dans certains cas le clinicien par constatation d'une altération pathologique découvre prématurément les organes dont l'anatomie vient ensuite constater leur présence à l'état normal.

Cette constatation est vraie pour l'affection qui constituera le sujet de ce travail.

Les anatomistes anciens ne parlent pas des ganglions géniens à part Mascagni, qui, dans son *Atlas des vaisseaux lymphatiques* représente deux ganglions assez volumineux, lesquels reposent sur la face externe du muscle buccinateur, entourant l'artère faciale.

Ainsi l'existence des ganglions géniens était connue des anatomistes, et pourtant bientôt elle tomba dans l'oubli.

Boyer, dans son *Traité d'anatomie* (t. III, p. 203), signale l'existence des ganglions sur la face externe du muscle buccinateur. En parlant des vaisseaux lymphatiques, il dit :

« Quelques-uns pénètrent dans les glandes que l'on trouve quelquefois sur le muscle buccinateur » ; mais il n'a pas fait de recherches personnelles.

Cloquet également dans son *Traité* (t. II, p. 593) dit : « On en observe quelques-uns sur le muscle buccinateur ».

Enfin Bourgery et Jacob, dans leur *Atlas d'anatomie* (t. IV, p. 86), en donnent une figuration et une description plus précises, qui se rapproche le plus de la vérité et que nous reproduisons :

Ganglions buccaux et sous-maxillaires. — « En nombre irrégulier, deux, trois ou quatre, d'un petit volume, ils sont situés entre l'artère et la veine faciale appliqués sur le buccinateur, et protégés en arrière par la saillie du masséter, et en haut par celle du grand zygomatique. Souvent deux de ces ganglions sont placés plus bas sur l'os maxillaire inférieur entre le masséter et le triangulaire des lèvres, intermédiaires entre les ganglions buccaux proprement dits et le chapelet sous-maxillaire ».

Et puis tout cela tombe dans l'oubli.

MM. Richet, Anget, Paulet, Bouchard, Bérard, etc., ne parlent pas.

M. Sappey, dans son *Traité d'anatomie*, ne le mentionne pas.

M. Tillaux, dans son *Traité d'anatomie topographique*, signale la présence d'un ganglion siégeant sur le milieu de la face externe du maxillaire inférieur, en avant du masséter, sur le trajet de la faciale. Il dit : « La présence des ganglions lymphatiques doit être mentionnée, car ils s'enflamment, etc. »

M. Testut ne leur donne pas une grande importance et dit : « Exceptionnellement on peut rencontrer quelques ganglions à la face ».

M. Debière, dans son *Traité d'anatomie*, ne les signale pas, mais sur la demande de M. Poncet, il a fait la communica-

tion suivante dans la *Gaz. heb. de médecine et de chirurgie* :

« J'ai vu plusieurs fois, soit lors d'une dissection du nerf facial, soit lors d'une injection au mercure des ganglions parotidiens un ou deux lymphatiques suivre le canal de Sténon et aboutir à un ou deux petits ganglions de la grosseur d'une lentille situés sur la face externe du buccinateur, à l'endroit même où le canal de Sténon perfore ce muscle ».

Mais c'est seulement en 1892 que nous trouvons le premier travail sérieux et plus complet sur la question qui nous occupe.

M. Poncet avait observé plusieurs fois des malades porteurs de lésions suppurées de la joue, que l'on pensait être des gommages abcédées du tissu cellulaire. En mars 1878, il a eu un cas d'adénite tuberculeuse de la joue, qui appela son attention sur les manifestations lymphatiques de cette région, et après avoir recueilli un certain nombre de travaux cliniques sur cette question, il engagea son élève Vigier à publier sa thèse inaugurale sur ce sujet.

M. Jaboulay, sur la demande de M. Poncet, a fait des recherches sur les ganglions génieus.

Quelques années plus tard, en 1895, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, M. le docteur Albertin publia un mémoire sur la même question sans rien ajouter ni changer aux données anatomiques qu'on trouve dans la thèse de M. Vigier. Il dit qu'il a seulement confirmé la découverte des adénites génieus par M. Poncet.

Enfin, M. Princeteau a publié dans la *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, un mémoire sur les ganglions génieus.

Buchbindete, Küttner et Thévenot ont complété cette étude dans laquelle nous puisons notre description.

Elle nous donne une idée exacte de la situation anatomique des ganglions génieus.

CHAPITRE II

SIEGE ET FREQUENCE

Les ganglions géniens forment trois groupes : un inférieur répondant au maxillaire inférieur ; un moyen, sur la face externe du buccinateur ; un supérieur sur le maxillaire supérieur.

Groupe inférieur ou maxillaire. — Ce groupe est représenté par deux ganglions (plus rarement un ou trois) superposés ou situés en avant les uns des autres.

Ces ganglions reposent sur la face externe du maxillaire inférieur en avant de l'angle antéro-inférieur du masséter. En bas, ils sont en relation avec les ganglions sous-maxillaires.

Groupe buccinateur. — Il est constitué par deux groupes de ganglions : le groupe antérieur et le groupe postérieur.

Le groupe antérieur, à deux centimètres environ de la commissure labiale, est constitué ordinairement par deux ganglions arrondis ou réniformes, de volume très variable ; ils reposent sur l'aponévrose buccinatrice dans le tissu cellulograisieux qui sépare l'artère de la veine.

Le groupe postérieur est formé également de deux ganglions situés ordinairement en arrière au-dessus du point où le canal de Sténon perfore le buccinateur.

Groupe supérieur. — Les ganglions de cette région n'ont été observés que cliniquement. Les recherches anatomiques de Princeteau et Buchinder ne les ont pas découverts, et nous ne ferons que signaler leur existence.

A côté de ces trois groupes de ganglions, nous devons en citer d'autres qui, d'après Debierre, se trouvent au-dessous de l'aponévrose du buccinateur.

Princeteau prétend qu'il s'agit toujours des glandes salivaires.

Lymphatique de la joue. — Les vaisseaux superficiels de la face, de la région temporale et de la région frontale suivent trois voies différentes pour aller se déverser dans les ganglions sous-maxillaires.

1° Les uns suivent la voie postérieure, accompagnés des vaisseaux temporaux superficiels, pour gagner le ganglion parotidien, dont l'étude ne nous intéresse pas, et traverser la loge parotidienne dans toute son étendue ;

2° Un ou deux troncs lymphatiques se dirigeant verticalement de la partie moyenne de la lèvre inférieure vers la région sus-hyoïdienne franchissent le menton pour se jeter dans un ou deux ganglions mylo-hyoïdiens. C'est la voie antérieure qui ne nous intéresse pas non plus ;

3° Les autres troncs lymphatiques suivent le trajet de la veine faciale, qu'ils accompagnent fidèlement. Ils partent de la région médio-frontale, passent au niveau de l'angle interne de l'œil, pour traverser obliquement, comme la veine faciale elle-même, la région sous-orbitaire et la joue. Ces troncs lymphatiques, dont le nombre augmente de haut en bas jusqu'à concurrence de quatre ou cinq, reçoivent les rameaux, qui partent du dos et des ailes du nez, de la paupière inférieure, de la lèvre supérieure, du tiers externe correspondant de la

lèvre inférieure, de la région malaire du masséter et de la région parotidienne en arrière.

Les ganglions qui nous intéressent se trouvent sur le trajet de ces troncs lymphatiques.

Les troncs qui naissent des ganglions géniens aboutissent toujours aux ganglions sous-maxillaires.

Tous les lymphatiques que nous avons décrits sont des lymphatiques superficiels. Ils s'anastomosent avec les lymphatiques de muqueuses voisines (nasale et buccale) à leur origine, mais ces anastomoses sont peu importantes.

Fréquence. — Les ganglions géniens ne sont pas très fréquents.

Vigier, sur 30 dissections, n'a vu qu'un ganglion maxillaire.

Princeteau, sur 32 sujets, trouve 24 fois les ganglions, 10 fois les buccaux et 14 fois les ganglions maxillaires.

Küttner, sur 8 cadavres, a vu une fois un ganglion buccinateur et deux fois un ganglion maxillaire.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Les adénites des ganglions de la joue sont assez rares, surtout si on les compare au point de vue de la fréquence, avec les affections ganglionnaires du cou, et en particulier de la région sous-maxillaire. Mais cette rareté n'est que relative, car les recherches anatomiques d'une part, d'un autre côté les nombreuses observations cliniques que nous avons pu recueillir nous permettent d'affirmer que les adénopathies en question sont infiniment plus fréquentes qu'on le suppose généralement.

Rien de plus facile en effet que d'en méconnaître l'existence, surtout si l'on songe que jusqu'à ces dernières années l'anatomie des ganglions qui nous occupent était encore plongée dans l'obscurité.

Chacun de ces ganglions que nous avons décrits plus haut peut être pris séparément et rien qu'un à la fois. Comme dans toute autre région contenant des ganglions, on peut observer à la face : des adénites tuberculeuses, des adénites syphilitiques, des adénites néoplasiques secondaires, des tumeurs de ces ganglions, et enfin des adénites infectieuses, c'est-à-dire celles qui sont dues aux microbes ordinaires de la suppuration.

Nous ne nous occuperons ici que de ces dernières.

Ces adénites infectieuses, suivant la virulence du microbe,

suivant la nature de l'infection et la marche plus ou moins rapide du processus, peuvent être aiguës (souvent il s'agit d'adéno-phlegmon) et chroniques.

Il y a encore une autre forme, c'est la fluxion dentaire, qui n'est pas autre chose qu'un adéno-phlegmon arrêté dans son évolution et qui se termine brusquement par résolution ou passe à l'état chronique.

N'insistons pas davantage sur cette dernière, et nous allons décrire les deux premières séparément.

ADÉNITE, AIGUË

Etiologie. — L'adénite aiguë ou adéno-phlegmon de la joue reconnaît comme cause dans l'immense majorité des cas une lésion inflammatoire voisine. Plus rarement elle apparaît spontanément sans aucune cause appréciable.

Dans le premier cas elle est consécutive à une infection d'origine traumatique ou à une inflammation sur le territoire des lymphatiques afférents et nous devons rechercher la porte d'entrée, soit du côté des téguments superficiels (nez, lèvre supérieure, joue), soit du côté des muqueuses profondes (nasale et buccale). Ceci nous explique la fréquence de leur envahissement chez les enfants scrofuleux, qui sont souvent porteurs de lésions péri-nasales et péri-buccales. Mais il est une autre cause tout aussi fréquente de l'infection ganglionnaire, c'est la carie dentaire. Il s'agit habituellement des altérations des dents de la mâchoire supérieure, des molaires en particulier.

Voici comment M. Tillaux s'exprime dans son *Traité d'anatomie topographique* : « La présence des ganglions lymphatiques doit être mentionnée, car ils s'enflamment très souvent

dans les ostéo-périostites de la mâchoire consécutive aux caries dentaires. »

D'après Partch, la carie simple retentit rarement immédiatement sur le système ganglionnaire. Il se produit d'abord une gingivite, secondairement une adénite, et suivant la virulence de l'infection, il se développe ou un adéno-phlegmon ou une simple tuméfaction de la joue avec résolution des accidents inflammatoires (fluxion dentaire) ou enfin une adénite chronique.

Dans la seconde catégorie se rattachent celles dont la formation ne peut être due à une cause appréciable. Ces adénites sont appelées idiopathiques. L'adénite se déclare alors sans qu'on puisse trouver la porte d'entrée, mais il est fort probable, comme le dit Thévenot (1), que cet engorgement ganglionnaire a pour point de départ une lésion minime dentaire ou muqueuse.

A côté de ces causes, il faut mentionner des adénites géniennes dues à un érysipèle des parties voisines, qui souvent peuvent s'engorger comme le font les autres ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaires.

Il en est de même des adénites diphtériques et ourliennes.

Toutes ces adénites disparaissent à la suite d'un traitement approprié.

Anatomie pathologique. — Voici ce que nous lisons dans le *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus :

« On reconnaît deux phases de l'inflammation ganglionnaire : l'engorgement et la suppuration.

» Le ganglion simple engorgé est gros, arrondi ou aplati par la pression des ganglions voisins ; il est ferme, de coloration rouge brun. Sa coupe a l'aspect de la chair musculaire

(1) Voir *Gaz. des hôp.* 1900.

ou encore du tissu splénique ; çà et là, elle est ponctuée de petits foyers hémorragiques ; il s'en écoule un suc très abondant lactescent et qui contient un grand nombre de cellules lymphatiques et de grosses cellules endothéliales tuméfiées à un ou plusieurs noyaux ; quelquefois même elles ressemblent aux cellules à noyaux multiples de la moelle des os (Cornil et Ranvier). Ces ganglions ont perdu en grande partie leur perméabilité, ils s'injectent très difficilement et l'histologie en fournit la raison.

» En effet, les sinus lymphatiques de la substance caverneuse, et à un stade plus avancé ceux de la substance folliculaire, sont bourrés de cellules lymphatiques, de fibrine, de matière granuleuse et de détritrus de leucocytes altérés ; les cellules endothéliales des travées sont tuméfiées et à noyaux multiples. Les travées elles-mêmes sont épaissies jusqu'à atteindre 5 à 10 fois leur diamètre normal ; leur substance devient fibrillaire et granuleuse. Les capillaires sanguins sont dilatés et remplis de globules rouges ; çà et là entre les cellules lymphatiques on observe des îlots de globules ou des globules disséminés.

» Les lésions peuvent s'arrêter là ; le trop plein de globules blancs se disperse et se résorbe, la congestion tombe et le ganglion reprend ses caractères normaux. Plus souvent les travées s'épaississent encore et l'adénite est suivie d'induration ou encore la sclérose plus complète entraîne l'atrophie.

» 2° Si l'adénite doit suppurer, le ganglion devient plus mou, violacé, friable ; il se déchire aisément sous le doigt et de petits foyers grisâtres ou jaunâtres sont disséminés dans son épaisseur. Ils s'étendent, s'unissent, et le ganglion tout entier s'infiltré de pus. Sur la coupe, le raclage donne du pus crémeux ; on en trouve toujours dans les lymphatiques afférents. Au niveau des foyers purulents, les fibrilles du stroma ganglionnaire se gonflent, se ramollissent et les travées se dé-

truisent ; il en résulte autant de pertes des substances irrégulières, et la texture du ganglion finit par se détruire tout entière ; il ne reste plus qu'une coque plus ou moins mince entourant une collection purulente.

» Mais dans cette forme, la zone conjonctive péri-ganglionnaire est toujours enflammée ; c'est la péri-adénite, d'abord simple et créant une gaine empâtée et adhérente au ganglion, puis suppurée. Sa pathogénie se comprend aisément. On trouve toujours des microbes disséminés dans la coque péri-ganglionnaire (Cornil et Babès), et d'autre part ils s'agglomèrent dans les vaisseaux afférents, au pourtour du ganglion enflammé et devenu imperméable. Il y a donc à la fois, péri-adénite et péri-lymphangite par le même processus ».

Symptomatologie. — L'adéno-phlegmon de la joue occupe de préférence le milieu de la paroi buccale, au niveau de la commissure labiale ou la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur ; il débute par une douleur locale, mais surtout par une gêne considérable des mouvements du maxillaire. La joue se tuméfie rapidement et la recherche des ganglions devient extrêmement difficile. Les lèvres sont tuméfiées et infiltrées ; la peau est rouge, tendue, la bouche entr'ouverte et laisse la salive s'écouler au dehors. La tuméfaction est surtout accentuée en avant au niveau du prolongement de la fente buccale ; en bas jusqu'au bord inférieur du maxillaire ; en haut elle remonte jusqu'à la paupière inférieure. Toute la région est chaude et douloureuse. Au moment où se constitue la collection purulente, la douleur se modifie ; elle devient aiguë, fugitive, s'accompagnant d'une sensation de chaleur et de cuisson généralisée à la joue ; toute la région devient sensible à la pression. Les muscles voisins sont contractés et le masséter est le siège d'un trismus qui empêche l'examen de la cavité buccale. Le doigt introduit entre la lèvre

et le bord alvéolaire reconnaît que la joue est tuméfiée et sent la fluctuation lorsque le pus est collecté. On peut aussi se rendre compte de l'intégrité du bord alvéolaire et du maxillaire correspondant.

Quant aux phénomènes généraux, ils constituent, comme dans toute suppuration, dans des troubles gastriques, des frissons et un mouvement fébrile très variable comme intensité, suivant les cas.

Abandonné à lui-même, l'abcès ulcère la peau et s'ouvre à l'extérieur, laissant à la suite, soit une cicatrice, soit une fistule ; l'ouverture dans la cavité buccale est exceptionnelle. Les ganglions sous-maxillaires restent indemnes pendant toute cette évolution (1).

Telle est la forme ordinaire de l'adéno-phlegmon aigu. Dans les cas plus rares on a observé plusieurs collections purulentes.

Diagnostic. — L'hyperplasie ganglionnaire est une affection très rare ; de plus, elle ne s'accompagne ni de fluctuation, ni de douleur.

Le furoncle de la joue est plus superficiel, il est sous-cutané. Sa coloration qui varie de la base au sommet, sa forme acuminée, son évolution et l'existence du bourbillon le différencient.

La fluxion dentaire diffère de l'adéno-phlegmon en ce que, dans ce dernier, la joue est exclusivement envahie et on constate l'intégrité de la mâchoire.

Un ganglion suppuré au niveau de l'artère faciale peut être animé de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire, mais l'histoire de la tumeur, son début et son évolution feront écarter l'hypothèse d'un anévrisme.

(1) Voir *Gaz. des hôp.* 1900, Thévenot, d'où nous puisons la plus grande part de la description.

ADÉNITES CHRONIQUES

Etiologie. — Sous cette dénomination, nous rangerons les cas d'adénites chroniques géniennes qui ne sont ni de nature tuberculeuse ni de nature syphilitique, mais qui ordinairement surviennent à la suite des lésions dentaires ou d'irritations répétées de téguments d'où partent les vaisseaux lymphatiques afférents des ganglions.

Elles évoluent d'une façon lente, insidieuse, et se rencontrent souvent chez les sujets anémiques, scrofuleux, ayant eu des glandes dans leur jeunesse.

Anatomie pathologique (1). — « Dans l'adénite chronique simple, le volume des ganglions est celui d'une amande, d'une noix, rarement plus ; leur consistance est ferme comme celle du tissu hépatique ; leur coloration, d'un rouge brun ou violacé qui rappelle celle de la rate ; sur une coupe leur centre est grisâtre ou jaunâtre. A leur contact dans leur capsule, il n'est pas rare de découvrir les cordelettes blanchâtres indurées et noueuses que forment les troncs afférents et efférents dilatés.

» Un point à noter, qui a été bien établi par plusieurs examens bactériologiques et qui donne à cette adénite son *autonomie*, c'est l'absence de tout autre microbe que les agents ordinaires de la suppuration et en particulier l'absence du bacille de Koch.

» Quelle est la structure à cette période ? Ils sont en voie de

(1) Voyez le traité de Ch. de Duplay et Reclus.

transformation fibreuse. On constate une augmentation d'épaisseur du tissu conjonctif périvasculaire du système caveux ; les travées réticulées de ce système sont doublées ou triplées de volume et dans nombre de points elle paraissent fibrillaires. Le parenchyme folliculaire présente par contre une atrophie plus ou moins considérable et pouvant aller jusqu'à sa disparition complète. Le plus souvent on n'en trouve plus que des îlots disséminés, de forme irrégulière, siégeant particulièrement à la périphérie du ganglion.

» C'est là un des termes de l'adénite chronique ; elle conduit à la sclérose, à la lipomatose et à la calcification.

» Enfin, la suppuration peut se produire au cours de l'adénite chronique et on trouve alors les parenchymes creusés de vacuoles purulentes qui laissent des vides sur la coupe et qui, plus tard et lentement, se fusionneront ».

Symptomatologie. — Les symptômes subjectifs font le plus souvent défaut et le sujet remarque sa tumeur soit à cause d'un peu de gêne fonctionnelle dans les mouvements de mastication, soit par suite d'une légère déformation de la joue. Dans certains cas, la tumeur fait saillie sous la peau.

L'examen local révèle l'existence d'une masse arrondie, mobile sous le doigt, n'adhérant ni à la muqueuse buccale, ni aux téguments de la joue ; elle est peu douloureuse à la pression ; sa consistance est ferme, sa forme et son volume évoquent l'idée d'un ganglion enflammé. Elle renferme un peu de pus dans son intérieur, mais seulement la ponction en révèle la présence.

A la longue, cependant, la consistance se modifie. Le ganglion se ramollit peu à peu et augmente de volume ; il adhère à la peau qui s'ulcère pour donner issue à du pus. C'est ainsi que se forme une fistule qui peut persister longtemps ; c'est que le ganglion a formé autour de lui une coque inflammatoire

fibreuse limitant une cavité qui n'a pas de tendance à se combler et dont l'étendue nous est révélée par l'exploration au stylet. La fistule peut s'oblitérer momentanément pour se réouvrir bientôt. L'infection reste localisée et il n'y a pas de retentissement sur les ganglions voisins.

Plus rarement on peut observer un ganglion génien qui adhère à la muqueuse buccale, mais le fait n'est pas exceptionnel ; on l'a constaté plusieurs fois. On voit dans ces conditions l'abcès s'ouvrir dans la cavité buccale. Dans un cas seulement, on a vu l'orifice de la fistule siéger au niveau de la commissure labiale gauche à l'union de la peau et de la muqueuse. Mais ce sont des cas relativement rares. L'abcès s'ouvre habituellement du côté de la peau.

L'examen local montre alors une cavité peu étendue dont les parois indurées ne tardent pas à bourgeonner et dont l'intérieur est rempli de fongosités. Le trajet est court. L'orifice externe de la fistule est entouré de tissus qui ont conservé leurs caractères normaux ; ils sont simplement un peu surélevés.

Pronostic. — Il est bénin, mais il ne faut pas oublier que l'affection n'a pas de tendance spontanée à la guérison et que l'intervention est nécessaire.

Diagnostic. — Le diagnostic pour être complet, l'adénite chronique doit être distinguée d'un nombre considérable de tumeurs qui peuvent siéger à la joue.

Les *kystes sébacés* sont assez fréquents à la face ; ils se développent lentement sans cause appréciable ; leur volume ne dépasse guère celui d'une noisette. Dès le début ils sont adhérents à la face profonde de la peau et ils n'ont pas la mobilité du ganglion. Ils sont plus superficiels et plus mous.

Les *kystes dermoïdes* sont également de consistance molle,

mais ils sont congénitaux et ne siègent pour ainsi dire jamais en avant du masséter.

Le *kyste salivaire* est une affection rare. Il constitue de petites tumeurs arrondies situées le long du canal de Sténon.

L'erreur est surtout facile à commettre avec la petite glande accessoire qui existe presque constamment au point où le canal de Sténon perfore le buccinateur.

Les *kéloïdes fausses* sont consécutives à des brûlures. Quant aux *kéloïdes spontanées*, ce sont des tumeurs fibreuses de forme allongée et irrégulière ; elles sont exceptionnelles et s'accompagnent d'irradiations douloureuses.

Les *lipomes buccaux*, qui ont le point de départ dans la boule graisseuse de Bichat (Dolbeau), se distinguent par leur consistance molle et fluctuante, à tel point qu'on les a pris souvent pour des collections liquides. Ils siègent en avant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire supérieur. Leur forme est lobulée et irrégulière.

Les *gommés syphilitiques* qui rappellent les ganglions lymphatiques se distinguent par leur évolution plus lente. Elles peuvent arriver à la suppuration, la peau s'amincit, se rompt, mais le liquide qui s'écoule est filant, de consistance gommeuse ; il se produit une ulcération arrondie à bords nettement taillés. Elles se résorbent facilement sous l'influence du traitement spécifique.

Les *gommés tuberculeuses* sont ordinairement multiples. Elles s'accompagnent d'autres manifestations bacillaires.

De même le *tubercule sous-cutané* douloureux est exceptionnel à la face.

Dans le tissu musculaire on peut trouver des affections inflammatoires ou néoplasiques. Le diagnostic d'un abcès d'une gomme et d'un sarcome occupant le bord antérieur du masséter sera facile ; la contraction du muscle nous renseigne sur le siège exact de la tumeur.

Il en sera de même pour les abcès et les tumeurs qui ont pour point de départ les tissus osseux.

L'*angiome sous-cutané* est congénital ; il est de forme irrégulière et de consistance molle.

Les *varices lymphatiques* sont rares dans nos climats.

Il faut songer aussi à des adénopathies secondaires, consécutives à des cancroïdes des paupières, de la joue, du nez et à des épithéliomas des lèvres.

Le diagnostic avec *l'actinomyose* peut être plus difficile.

Dans l'actinomyose, l'œdème n'est pas franchement phlegmoneux. La tuméfaction a une consistance spéciale, intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes. La douleur est d'une intensité que rien n'explique, elle survient par crises. Le trismus est précoce et très accentué, alors que dans l'adéno-phlegmon il s'agit plutôt au début d'une gêne fonctionnelle. Plus tard, la peau s'ulcère, la multiplicité des fistules devient un signe de l'actinomyose ; enfin, l'examen microscopique du pus et des fongosités indiquera la nature exacte de la lésion.

Mais le plus souvent, il suffit de songer à la possibilité d'une adénite génienne pour la reconnaître et la diagnostiquer avec certitude.

Pronostic. — Le plus souvent ces adénites offrent un pronostic bénin, elles sont même compatibles avec un état général assez bon.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Dans l'*adénite aiguë*, lorsque par des moyens appropriés (applications humides et chaudes) on n'aura pas réussi à provoquer la résolution de l'inflammation, lorsque la fluctuation révélera nettement l'existence d'une collection purulente, il sera nécessaire d'évacuer le pus au moyen de bistouri. On ouvrira l'abcès par une incision extérieure ; il faut ménager les vaisseaux faciaux, le nerf facial et le canal de Sténon. Pour éviter la blessure de ce dernier organe, il est prudent d'inciser au-dessus d'une ligne allant du tragus à la commissure labiale.

Dans l'*adénite chronique* nous sommes guidé par les deux considérations suivantes : d'une part, la bénignité de l'affection qui ne retentit pas sur l'état général et la tendance à la lésion à rester stationnaire et, d'autre part, à l'esthétique.

Si le ganglion est de petit volume, s'il se trouve à la période d'induration sans menace de suppuration et tant qu'on peut espérer la résolution, l'expectation simple avec traitement général et applications résolutes est la méthode de choix. S'il y a des dents malades, leur extirpation s'impose ainsi que l'antisepsie buccale. Il faut s'adresser aussi à l'état général, car ces adénites se trouvent surtout chez les sujets anémiques et scrofuleux.

Lorsque le ganglion est suppuré, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours ou à la destruction avec la curette. Quand on a recours à l'intervention chirurgicale, toutes les fois, quand la chose sera possible, on choisira la voie buccale pour éviter une cicatrice apparente.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

(Les Observations I, II, III, IV, V, VI, VII, résumées, recueillies dans la thèse de M. Vigier.)

OBSERVATION PREMIÈRE

Adéno-phlegmon d'origine dentaire.

G... Claude, 25 ans, s'aperçoit, au milieu du mois de mars 1892, en avant du masséter sur la ligne commissurale des lèvres, d'une petite tumeur de la grosseur de l'extrémité du petit doigt. Avant l'apparition de cette tumeur, pas d'autres lésions du voisinage, ni antécédents strumeux. Vers le 25 mars, cette tumeur devient douloureuse et prend un développement considérable ; un large abcès se forme sans adénite sous-maxillaire concomitante.

Dans le mois d'avril, la tumeur est ponctionnée deux fois par la cavité buccale. Cette ponction ne donne chaque fois qu'un faible écoulement purulent.

Son état ne s'améliorant pas, il rentre à l'hôpital le 5 mai. A ce moment, on constate quatre petits abcès échelonnés de l'angle du maxillaire inférieur au rebord inférieur de l'orbite du côté droit. La bouche s'entr'ouvre difficilement et la mastication est considérablement gênée. La dentition est mauvaise des deux côtés, surtout à droite.

Les abcès sont ponctionnés à deux reprises différentes et le malade sort guéri le 19 mai.

OBSERVATION II

Adéno-phlegmon de la joue gauche.

Fillette de deux ans et demi ; jusque-là bien portante, ne présentant aucune trace de strume, aucune lésion dentaire.

Le 5 mars 1892, l'enfant qui était sortie par un temps froid et humide, rentra la joue gauche enflée. Quelques jours après, le maximum de la tuméfaction occupe la face externe et le bord inférieur du maxillaire comme une ostéo-périostite d'origine dentaire. Mais la pression sur les dents n'est pas douloureuse et le sillon gingivo-labial correspondant est complètement libre. Le 11 mars, la tuméfaction a augmenté, la peau est rouge violacée et tendue. On fait une incision de 5 à 6 millimètres sur le point le plus saillant. Issue d'une petite quantité d'un pus épais et phlegmoneux et le 22 mars guérison.

OBSERVATION III

Adéno-phlegmon de la joue gauche.

Mme L. T..., âgée de 37 ans, fut atteinte au mois de juillet 1886, d'une inflammation aiguë de la joue gauche à la suite d'un coup de froid. Elle ne présentait aucune lésion dentaire et n'avait rien du côté des maxillaires.

Le gonflement était considérable, la peau rouge, tendue, douloureuse.

L'abcès fut incisé en dehors du voisinage de la commissure et vingt jours après la malade était complètement guérie.

OBSERVATION IV

Mono-adénite de la joue gauche.

Ferdinand V..., 35 ans, employé de chemin de fer, entre à l'hôpital le 20 juillet 1892 pour une grosseur du volume d'une noisette qu'il a vu survenir il y a deux ans sur le milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur, au niveau du bord antérieur du masseter. Ce malade n'a rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Rien du côté de la bouche. Pas de gingivite, pas d'abcès dentaires.

Cette grosseur, que le malade attribue à un coup de froid, n'était pas adhérente à la peau et a disparu sans traitement au bout d'une quinzaine de jours.

La tumeur reparut un mois après, au même endroit, mais cette fois la peau était rouge, chaude et adhérente à la grosseur qui était parfaitement mobile sur les plans sous-jacents.

La fluctuation est très nette, mais le malade refuse toute intervention chirurgicale.

OBSERVATION V

Adénite de la joue.

Franceline M..., 46 ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, s'aperçoit, à la suite d'un érysipèle, de la présence d'une petite tumeur en avant du masséter droit. Quelques jours après, apparition d'une deuxième tumeur, juste au-dessus de l'autre ; ces deux nodosités se développent lentement sans grande gêne fonctionnelle. Du côté gauche, en un point symétrique, se développe une tumeur analogue aux premières.

Rien du côté de l'arrière-bouche. La dentition est mauvaise.

Du côté gauche, outre la présence du ganglion de la région massétérine, on constate dans la région parotidienne et sous-maxillaire de petits ganglions de la grosseur d'une datte.

Du côté droit, le ganglion inférieur, qui est le premier en date, fait saillie à l'intérieur de la bouche et semble adhérent à la muqueuse. A ce niveau, la peau présente une coloration rouge. Ce ganglion est entouré d'une petite zone d'empatement et sa consistance est moindre que celle du ganglion situé à quelques millimètres au-dessous ; il a suppuré et a été incisé.

Le ganglion a conservé la même consistance et le même volume. Du côté gauche, les ganglions ont diminué considérablement.

OBSERVATION VI

Monoadénite de la joue gauche.

Mme C..., 26 ans, épicière, dont les enfants sont d'apparence lymphatique et dont le père a eu à diverses reprises des hémoptysies, a eu, dès son enfance, des adénites cervicales. Depuis l'âge de 10 ans, elle présente à la joue gauche une tumeur indolente, du volume d'une cerise, au niveau de l'angle inférieur du maxillaire.

Au mois de septembre 1883, cette tumeur augmenta de volume et devint douloureuse. Au mois d'octobre, elle est énucléée. On a affaire à un ganglion lymphatique du volume d'une amande.

OBSERVATION VII

Mono-adénite de la joue gauche.

Gaspard P..., 25 ans, a eu dans son enfance de l'eczéma, une otite purulente et des adénites multiples. Il y a huit mois,

il a été atteint d'un chancre syphilitique de la verge et il y a un mois il a eu un érysipèle du côté gauche de la face. Un an avant était apparu au niveau de l'arcade dentaire inférieure, en avant du masséter, une petite tumeur grosse comme un pois, qui, pendant l'érysipèle, a atteint le volume d'une noisette.

Actuellement ce ganglion a diminué d'une façon notable. Légèrement saillant à l'intérieur de la bouche, il roule aisément sous le doigt et n'occasionne aucune gêne.

(Observations VIII, IX, X, résumées, prises dans le travail de M. Albertin (1))

OBSERVATION VIII

Adéno-phlegmon génien

J. B..., 21 ans, coiffeur, se présente le 5 août 1894 pour une tuméfaction douloureuse de la joue gauche, tuméfaction qui a augmenté et est devenue très douloureuse depuis quatre ou cinq jours.

Le malade dit avoir souffert fréquemment des dents. Il présente de la carie dentaire sur les dents de la mâchoire inférieure du côté de la joue malade, mais il n'a pas d'ostéopériostite alvéolo-dentaire. Pas d'autres antécédents personnels, ni héréditaires.

A l'examen, la joue est tuméfiée, rouge. On constate la présence d'une tumeur phlegmoneuse fluctuante au-dessous de la ligne réunissant la commissure labiale et le lobule de l'oreille.

Incision.

(1) Voir Arch. provinciales de Chir.

OBSERVATION IX

Adéno-phlegmon génien

Marie G..., âgée de 20 ans, se présente, le 10 juillet 1894, pour une tuméfaction inflammatoire de la joue droite.

Pas d'antécédents héréditaires, mais elle présente des signes de strume.

A la suite d'un travail à la pluie, elle a vu une grosseur sur le milieu de la joue droite, qui a atteint progressivement le volume d'une noix. La joue est devenue tendue, douloureuse.

A l'examen, on trouve une tumeur fluctuante, ramollie au centre et reposant sur une base indurée. La peau est rouge, tendue ; la joue est tuméfiée. Les mouvements de mastication sont douloureux et gênés.

On fait le diagnostic d'adéno-phlegmon chez une strumeuse. Incision, drainage et guérison.

OBSERVATION X

Adéno-phlegmon génien gauche. Forme infectieuse aiguë

Le nommé François G..., cultivateur, âgé de 42 ans, rentre à l'hôpital pour une tumeur inflammatoire de la joue gauche.

Rien dans ses antécédents ; il n'a jamais souffert des dents. Pas d'herpès buccal, pas de plaies ou d'ulcérations cervicales.

L'affection a débuté par une douleur dans la joue gauche, en avant du masséter. Pas de frisson, mais un malaise général.

A l'examen, la joue présente une tuméfaction considérable

avec peau rouge très étendue, douleur vive et profonde à la pression.

Il n'a jamais souffert des dents ; il y a trismus, gingivite avec fuliginosités. Pas de douleur à la déglutition.

On porte le diagnostic d'adéno-phlegmon. On fait l'incision d'où le pus s'écoule. On reconnaît que les maxillaires sont indemnes. On fait le drainage, pansements antiseptiques. Guérison fin juillet 1894.

(Observations XI, XII, XIII, XIV résumées recueillies dans la thèse de
M. Capette-Laplène)

OBSERVATION XI

Adénite buccale chronique.

F..., âgé de 28 ans, employé de commerce. Il n'a jamais été malade, son père et sa mère bien portants ; il a deux frères qui le sont également.

Depuis trois mois, il s'est aperçu d'une petite tuméfaction à la joue droite et vient à l'hôpital le 15 mars 1896.

A l'examen, légère tuméfaction de la partie moyenne de la joue droite ; on sent entre les doigts une tumeur arrondie et très nettement limitée. Cette tumeur est parfaitement mobile, n'adhère ni à la peau ni à la muqueuse. Sa consistance est dure et élastique, pas de fluctuation, pas de douleur.

On porte le diagnostic d'adénite chronique.

On fait l'opération le 25 mars 1896. Après 15 jours, guérison complète.

A l'examen microscopique, on reconnaît qu'il s'agit d'un ganglion.

OBSERVATION XII

Adénite chronique sus-maxillaire suppurée.

D..., âgée de 24 ans, ouvrier tailleur, vient à l'hôpital pour une tuméfaction du côté droit sur la face externe du maxillaire inférieur, immédiatement en avant du masséter. Cette tuméfaction a paru il y a trois mois à la suite de carie dentaire de la deuxième petite molaire du côté droit. Elle était dure, puis molle.

Il s'agit d'une petite collection fluctuante et bien encapsulée sans adhérence à l'os. On porte le diagnostic d'adénite sus-maxillaire suppurée, consécutive à une carie dentaire.

On a fait l'incision et le pus évacué est recueilli pour être examiné. Guérison après 15 jours.

Examen du pus négatif au point de vue tuberculose et actinomycose.

OBSERVATION XIII

Adénite buccale chronique suppurée.

D..., âgé de 28 ans, boulanger, se plaint d'une tuméfaction de la joue droite, environ depuis deux mois. Cette tuméfaction est venue à la suite de l'avulsion d'une dent cariée, et s'est développée peu à peu.

A l'examen, on constate une tumeur de la grosseur d'une dragée ordinaire. Elle n'adhère ni à la peau, ni à la muqueuse, et elle est encapsulée ; il n'y a pas de douleur, mais gêne à la mastication. On fait le diagnostic d'adénite chronique suppurée.

On fait l'incision, d'où s'écoule du pus jaunâtre. La cavité

est curettée et traitée par le chlorure de zinc. On fait pansement de gaze iodoformée. Après un mois et demi, guérison complète.

OBSERVATION XIV

(Recueillie dans le service du Dr Rolland, par M. Clere).

Mlle X..., couturière, âgée de 28 ans, demande l'extirpation de quelques dents dont elle souffre. Elle n'a aucun antécédent pathologique particulier. Elle se présente avec une tumeur qui date depuis un mois et demi environ.

A l'examen, on constate au niveau de l'orifice du canal de Sténon une tumeur du volume d'une petite amande. Cette tumeur n'est pas mobile ; la peau est violacée. On constate la fluctuation. Du côté de la bouche, toutes les dents du maxillaire supérieur sont cariées.

On porte le diagnostic d'adénite consécutive à la carie dentaire.

On fait l'ablation des dents cariées, lavage de la bouche avec des liquides antiseptiques ; expectation pour la tumeur.

Après 15 jours la tumeur a disparu.

(Observations XV, XVI, XVII, XVIII, recueillies dans le service de M. le professeur Tédénat par M. Godlewski, interne, et publiées dans la Province médicale (6 Janvier 1906.)

OBSERVATION XV

Adénite aiguë

A... G., 17 ans, en traitement dans le service de M. le professeur Tédénat, accuse le 20 septembre 1904 une légère douleur au niveau de la joue gauche, près de l'angle de la mâchoire.

A l'inspection, on aperçoit une légère tuméfaction avec rougeur de la peau. La palpation fait nettement sentir une petite masse ovoïde, dure, douloureuse, glissant sur la face externe du maxillaire inférieur, dirigée, semble-t-il, suivant le trajet des vaisseaux faciaux.

Ce nodule donne la sensation d'un ganglion enflammé avec un peu de péri-adénite ; dents en mauvais état, racine de la pré-molaire du côté malade gâtée ; gingivite.

On fait des appréciations humides et chaudes, gargarisme.

Le lendemain, la rougeur a disparu ; on sent encore le petit ganglion. Au bout de trois jours, guérison.

Comme antécédents, tempérament scrofuleux du malade.

OBSERVATION XVI

Adénite chronique.

A. E..., 22 ans, entre le 26 juin dans le service de M. le professeur Tédénat, pour une ulcération fistulisée de la joue gauche. Elle était envoyée avec le diagnostic d'ostéo-périostite fistulisée du maxillaire inférieur. Etat général anémique.

Elle a eu des glandes dans sa jeunesse.

Il y a trois mois, à la suite d'un violent mal de dents, une fluxion dentaire, avec la joue gauche tuméfiée : gêne considérable des mouvements ; toute la région était douloureuse. Au bout de huit jours, s'est déclaré un érysipèle qui a débuté du même côté, sur la joue.

Il y a un mois, sans douleur, s'est développé une légère tuméfaction au niveau de la face externe du maxillaire inférieur, en avant de l'angle ; puis la peau, devenue violacée, s'est ulcérée.

L'examen montre, en effet, une ulcération ovalaire, rouge, irrégulière, grande comme une pièce de deux francs. Au cen-

tre, se trouve un orifice fistuleux un peu surélevé. Le stylet introduit dans cet orifice ne va pas sur l'os.

Cette tuméfaction est mobile sur l'os, toute la région est douloureuse. On songe à une adénite génienne.

Incision, curetage au trajet fistuleux, badigeonnage de teinture d'iode, on arrache deux dents du même côté. Le maxillaire n'est pas atteint. Gargarisme et arséniate de soude.

Guérison au dixième jour.

OBSERVATION XVII

Adénite chronique.

L. B..., 20 ans, entre le 20 juin 1905 pour ulcération fistulisée de la joue.

Il y a trois mois, fluxion dentaire durant quelques jours. Il est resté depuis une petite masse indurée sur la face externe du maxillaire inférieur.

Il y a quinze jours la peau devenue rouge, violacée, se fistulise.

A l'examen, la peau est tuméfiée ; un stylet introduit dans l'orifice fistuleux, à bords décollés, ne va pas profondément ; pas de point osseux. A la palpation, on sent une masse indurée, mobile sur les plans sous-jacents. Pas de gingivite. Etat général anémique.

Incision de la masse indurée, curetage. L'os maxillaire est sain.

Guérison après huit jours.

OBSERVATION XVIII

Adénite chronique

M..., âgé de 19 ans, entre le 3 novembre 1905 à l'hôpital, pour fistule à la joue.

Il y a un an, il a eu une fluxion dentaire à la suite d'un froid. Deux jours après les douleurs disparaissent et il reste une masse peu douloureuse siégeant sur la face externe de la joue. Après une intervention d'un médecin, la plaie ne se cicatrise pas, et il reste une légère fistule laissant poindre de temps en temps une goutte de pus.

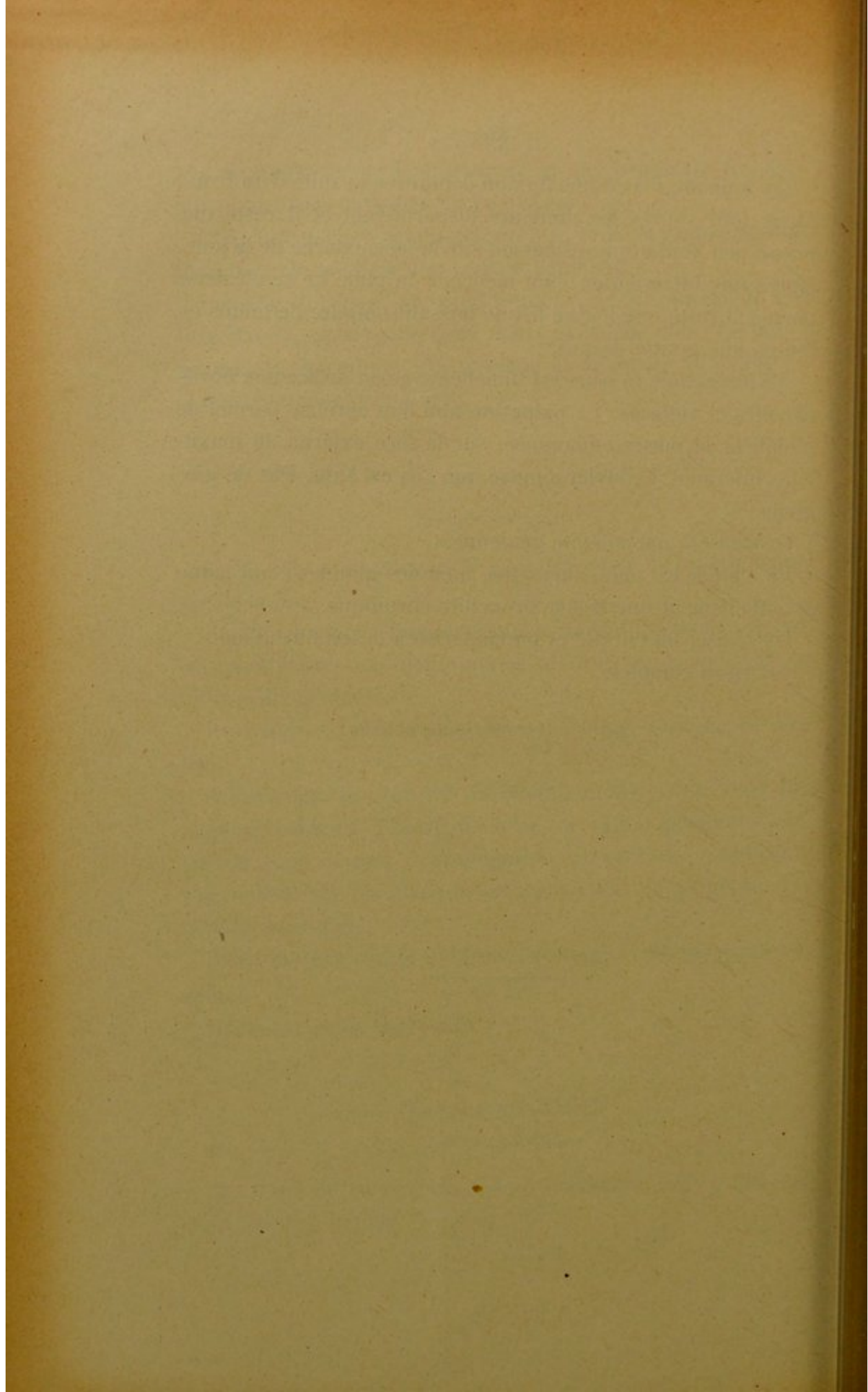
A l'inspection, la peau est tuméfiée avec un orifice aux bords décollés et violacés. La palpation non douloureuse permet de mobiliser la masse enflammée, sur la face externe du maxillaire inférieur. Le stylet montre que l'os est sain. Pas de gingivite.

On pense à une adénite génienne.

Le malade est pâle, anémique, a eu des glandes étant jeune et actuellement une légère bronchite chronique.

On incise, on curette et on cautérise à la teinture d'iode.

Guérison complète.



CONCLUSIONS .

De l'ensemble des faits que nous venons d'exposer, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'existence des adénites géniennes infectieuses est indéniable ;

2° Ces adénites étant assez rares ne sont pas exceptionnelles, car les observations cliniques que nous avons recueillies nous permettent d'affirmer que les adénopathies en question sont plus fréquentes qu'on le suppose généralement ;

3° En présence d'une lésion du côté de la joue, il faut songer aussitôt à la possibilité d'une adénite pour la diagnostiquer et éviter des surprises désagréables ;

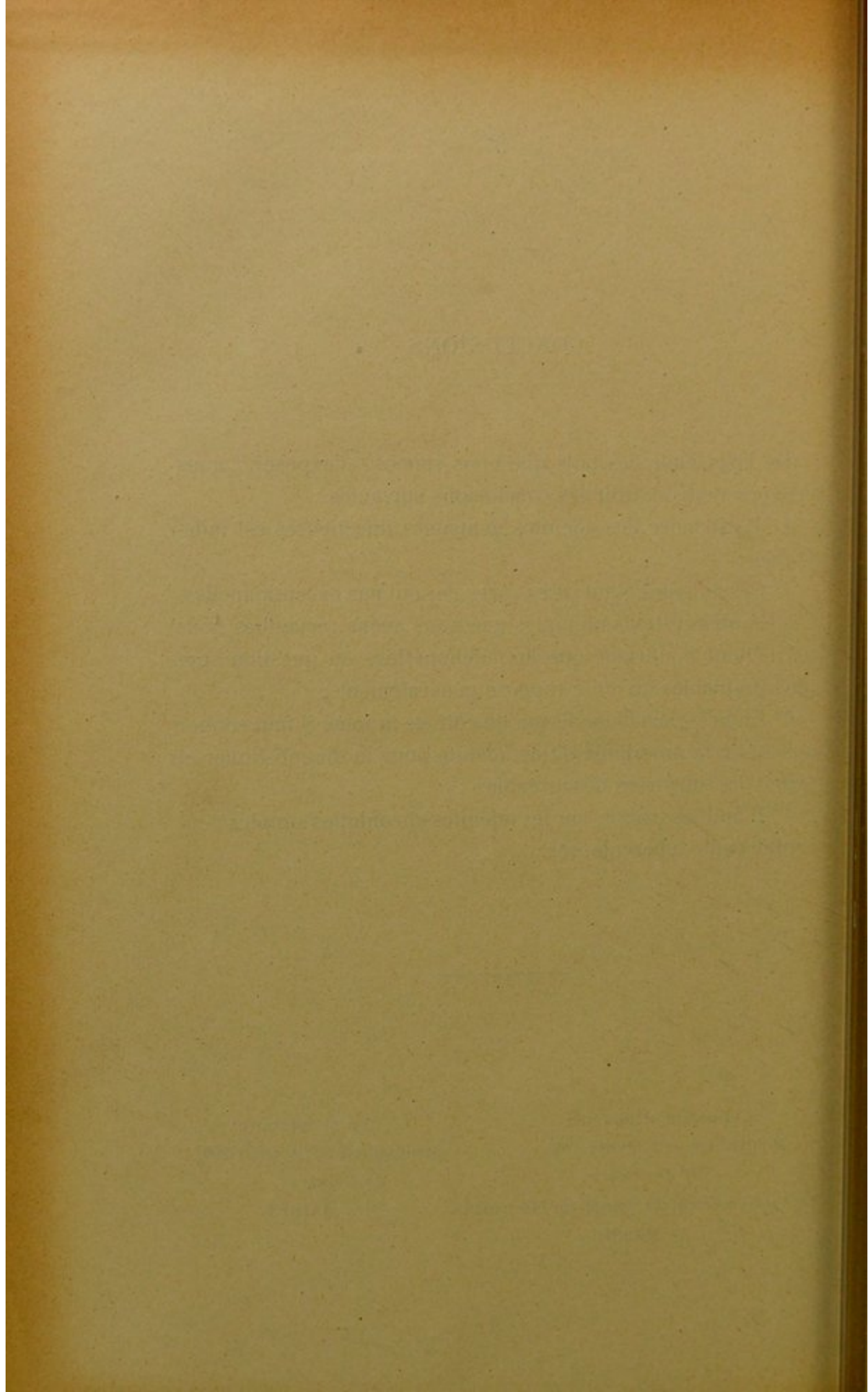
4° Il faut les traiter, car les adénites chroniques simples peuvent devenir tuberculeuses.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 février 1906.

Pr Le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 février 1906

Le Doyen,
MAIRET.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condiscipules, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

REVISED

